

Sağlık Kaygısının Eşlik Ettiği Bir Yaygın Anksiyete Bozukluğu Olgusunun Bilişsel Davranışçı Terapisi

Nalan KARA

Uzm. Dr., Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ankara

Özet

Giriş: Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), kronik seyirli ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir ruhsal bozukluktur. YAB sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte bulunur ve bu durum tanıyı, tedaviyi ve gidişi karmaşıklaştırır. Bu olgu sunumunda sağlık kaygısının eşlik ettiği bir YAB hastasının Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'si sunularak ve böyle durumlarda BDT'nin yeri tartışılmıştır.

Olgu: Yirmi dört yaşında erkek hasta sağlık ve yaygın kaygıları nedeni ile başvurdu. Yedi yıl önce kendisinde bazı fiziksel belirtiler fark etmeye (karın ağrısı, mide bulantısı) başlamıştı; bu belirtiler nedeniyle hasta olacağını, ameliyat geçireceğini ve öleceğini düşünüyordu. Belirtiler nedeni ile sık doktora başvuruyor, bir hastalık çıkmayınca rahatlıyor, ancak fiziksel belirtileri oldukça korkuları tekrarlıyordu. Sağlık kaygılarının yanında çeşitli durumlarda başına kötü olayların gelebileceğine ilişkin korkular yaşıyordu. Hastaya paroksetin 20 mg/gün başlandı ve BDT sürecine alındı. Terapi süreci değerlendirme ve olgu formülasyonu ile başladı, terapi hedefleri belirlendi ve BDT ve anksiyete hakkında psikoeğitim verildi. Maruz bırakma ve yanıt önleme (exposure-response prevention-ERP) ile tekrarlayan doktor başvuruları engellendi. Sağlık ve diğer kaygıları ile ilgili bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri uygulandı.

Sonuç: YAB'ye eşlik eden sağlık kaygısında BDT'nin tek başına ya da ilaç tedavisinin yanında etkin bir tedavi yöntemi olabileceği göz önüne alınmalıdır. (**Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2014; 3: 99-108**)

Anahtar Kelimeler: Anksiyete bozuklukları, sağlık kaygısı, hipokondriasis, bilişsel davranış terapisi

Abstract

Cognitive Behavioral Therapy of a Generalized Anxiety Disorder Case Comorbid with Health Anxiety

Introduction: Generalized Anxiety Disorder (GAD) is a chronic psychiatric disorder which affects the person's quality of life. It is often seen with other psychiatric disorders and this complicates the diagnosis, treatment and prognosis. In this case report Cognitive Behavioral Therapy (CBT) of a GAD patient comorbid with health anxiety was introduced and the place of CBT in these conditions was discussed.

Case: Twenty four year-old, single male patient was referred for worries about health and other life conditions. Seven years ago he started to find out several physical symptoms (abdominal pain, nausea) in his body; because of these symptoms he thought he will become ill, undergo surgical operation and die. He frequently consulted the doctors, relieved as they didn't find any illness, but his fears reoccured whenever he complained any symptom. Besides health anxiety, he feared to encounter bad occurrences. Paroxetine 20 mg/day prescribed and besides drug treatment CBT was started. CBT process begun with evaluation and case formulation, the aims of therapy were established and psychoeducation for CBT and anxiety was given. Repeated doctor consultations were prevented by exposure-response prevention (ERP). Cognitive restructuring technics were used for health and other worries.

Conclusion: CBT alone or in addition to pharmacotherapy may be an effective treatment option for GAD with health anxiety. (**Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research 2014; 3: 99-108**)

Key words: Anxiety disorders, health anxiety, hypochondriasis, cognitive behavioral therapy

GİRİŞ

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), en az altı aylık sürenin çoğunda birtakım olaylar ya da etkinliklerle

ilgili aşırı kaygı ve kuruntu ile giden, kaygı ve kuruntuya huzursuzluk/gerginlik, kolay yorulma, odaklanmakta güçlük çekme, kolay kızma, kas gerginliği ve uyku bozukluğu belirtilerinden en az üçünün eş-

lik ettiği bir ruhsal bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

YAB'nin yaşam boyu yaygınlığı %4,3-5,9'dur (Tyrer ve Baldwin 2006). Kadınlarda erkeklerden 2 kat daha sık görülür. Başlangıç yaşı 20 yaş öncesidir, alevlenme ve iyileşme dönemleri ile giden kronik bir seyir gösterir (Rickels ve Schweizer 1990). YAB sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte bulunur ve bu durum tanıyı, tedaviyi ve gidişi karmaşılaştırır. Panik bozukluk, basit fobi, sosyal fobi ve majör depresyon YAB ile en sık birlikte bulunan ruhsal bozukluklardır (Brawman-Mintzer ve Lydiard 1996).

İlk kez Salkovskis ve Warwick (1986) tarafından tanımlanan sağlık kaygısı, bireyin bedensel belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak ciddi bir hastalığı olduğuna ya da olacağına ilişkin bir inancının olması ve sağlıklı ilgili aşırı kaygı duymasısıdır. Sağlık kaygısı, başlı başına bir psikiyatrik durum olarak görülebildiği gibi, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi diğer psikiyatrik bozukluklara da eşlik edebilmektedir (Sunderland ve ark 2013). Salkovskis ve Warwick (2001) sağlık kaygısının evrensel bir olgu olduğunu ve hem genel toplumda, hem de klinik ortamda oldukça yaygın olduğunu bildirmişlerdir.

Ana belirtisi ciddi sağlık kaygısı olan hipokondriasis, fiziksel ve psikolojik işlevselliği ve iş performansını önemli derecede etkileyen ve tedavi edilmediği takdirde kronikleşen bir psikiyatrik bozukluktur (Noyes ve ark 1993). Hipokondriasis yaygınlığı % 0,8-6,3 arasında bildirilmektedir (Lee ve ark 2014). Bedensel belirtilerin ciddi bir hastalığa bağlı olduğu inancına bağlı olarak sık doktor başvuruları ve tanısal incelemeler önemli sağlık harcamalarına yol açmaktadır (Sunderland ve ark 2013, Barrett ve ark 2012).

1960-1970'li yıllarda hipokondriak belirtiler ile depresif bozukluklar arasında bağlantı kurulmuş, sonraki çalışmalar hipokondriasis ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkinin daha güçlü olduğunu göstermiştir (Starcevic 2001). DSM tanı sisteminde somatoform bozukluklar arasında sınıflanan hipokondriasisin, kavramsal ve fenomenolojik açıdan anksiyete bozukluklarına benziyor olması, son yıllarda anksiyete bozukluğu olarak tanımlanmasını tartışmaya açmıştır (Olatunji ve ark 2009, Gropalis ve ark 2012). DSM-5 ile birlikte bedensel belirtiler bozuklukları içinde kalmaya devam etse de Hastalık Anksiyetesi Bozukluğu (HAB) olarak isimlendirilmesi, bozukluğun ana özelliğinin anksiyete olduğuna vurgu yapmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

Önceleri sağlık kaygısının YAB'de sık görülmediği, endişelerin en fazla aile, en az sağlık ile ilgili ol-

duğu bildirilmiştir (Starcevic ve ark 1994, Borkovec ve ark 1991). Yakın zamanda yapılan epidemiyolojik çalışmalar ise sağlık kaygısının YAB'ye önemli oranlarda eşlik ettiğini göstermiştir (Abramowitz ve ark 2007, Lee ve ark 2014). Sunderland ve ark (2013), Avustralya'da genel nüfus üzerinde yaptıkları çalışmada, sağlık anksiyetesinin özellikle YAB, panik bozukluk (PB), agorafobi ve bipolar bozuklukta görüldüğünü, yaşam boyu sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerde YAB'nin 6 kat daha fazla görüldüğünü bulmuşlardır.

1980'lerde DSM-III ile birlikte psikiyatrik tanı sınıflama sistemine girmesinden bu yana YAB'de ilaç tedavilerinin etkili olabildiği gösterilmiştir (Baldwin ve Polkinghorn 2005, Mitte 2005). Günümüzde YAB'de öncelikle önerilen ilaçlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ), serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNGİ) ve pregabalindir (Bandelow ve ark 2008). Fakat ilaç tedavisine yanıt oranı % 60 olup hastaların sadece % 37'si tam iyileşme göstermektedir (Gelenberg ve ark 2000, Pollack ve ark 2001). Ayrıca, ilaç kesildikten sonra hastaların % 25'inde bir ay, % 60-80'inde ise bir yıl içinde nüks görülmektedir (Schweizer 1995). Bu nedenle YAB'de ilaç tedavisinin yanında psikoterapiler de hekimler ve hastalar tarafından tercih edilmektedir (Tyrer ve Baldwin 2006). Yakın zamanda yapılan meta-analizde BDT'nin YAB'de etkin olduğu ve etkilerinin de uzun dönemde sürdüğüne ilişkin işaretler olduğunu bildirmiştir (Cuijpers ve ark 2014).

Hipokondriasis önceleri tedaviye dirençli ve prognozu kötü ve kronik seyir gösteren bir rahatsızlık olarak görülmüştür (Fallon ve ark 1993). Sonraları bazı yazarlar, anksiyete bozukluklarında kullanılan tedavi yöntemlerinin hipokondriasis ve sağlık kaygısında da kullanılabileceğini bildirmişlerdir. Bu alanda yapılan çalışmalar daha çok bilişsel davranışçı terapilerin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalardır ve BDT'nin ciddi sağlık kaygısını azalttığı birçok çalışmada gösterilmiştir (Warwick ve ark 1996, Clark ve ark 1998, Visser ve Bouman 2001, Greeven ve ark 2009).

YAB sıklıkla başka ruhsal bozukluklarla bir arada görülebilmekte ve bu da tedavi sürecini zorlaştırmaktadır. Bu yazıda sağlık kaygısının eşlik ettiği bir YAB olgusunun bilişsel davranışçı terapisi sunulacak eş tanıli durumlarda terapinin nasıl yürütülebileceği aktarılmıştır.

OLGU

24 yaşında, bekar, üniversite mezunu, bilgisayar mühendisi erkek hasta, sağlık kaygıları ve çeşitli durum-

larda başına kötü olaylar geleceğine dair yaygın korkular nedeni ile başvurdu.

Hastanın ilk yakınmaları 12 yaşında Marmara depreminin ardından deprem olacak korkusu şeklinde başlamıştı. Evde yalnız kalamıyor, geceleri uyuyamıyordu. Zaman içinde bu korkusu azalarak kayboldu. On yedi yaşında ailesinin yanından ayrılarak üniversiteye başladığı sene amcasının inguinal herni operasyonu geçirmesinin ardından kendisinde bazı fiziksel belirtiler fark etmeye (kasık ağrısı, mide bulantısı) başlamıştı; bu belirtiler nedeniyle kendisinin de hasta olacağını, ameliyat geçireceğini ve öleceğini düşünüyordu. Sonrasında zaman zaman çeşitli fiziksel belirtiler yaşamaya ve bu belirtilerin ciddi bir hastalığa işaret ettiğini düşünerek korku hissetmeye devam etmişti. Örneğin kalp çarpıntısını kalp hastalığının ya da karın ağrısı ve bağırsak alışkanlıklarındaki değişikliği kolon kanserinin belirtisi olarak görüyordu. Bu yüzden birçok kez hastane başvurusu olmuştu. Gittiği hastanelerde doktorların sağlık durumu ile ilgili belirsiz konuşmalarının kaygılarını daha çok arttırması ve kendisini muayene eden genç doktorları yetersiz görmesi nedeniyle bir süre sonra doktor başvurularından kaçınmaya başlamıştı. Üniversiteyi 21 yaşında bitirinceye kadar da hastanelerden uzak durdu. İlk psikiyatri başvurusu üniversiteyi bitirdiği yıl annesinin önerisi ile oldu. Anksiyete bozukluğu tanısı ile kendisine paroksetin 20 mg/gün başlandı. Bu ilacı yaklaşık 2,5 yıl kullandı ve bu süre zarfından belirgin bir sıkıntı yaşamadı. Ancak başvurusundan 5 ay önce iyi olduğunu düşünerek ilacı bırakmasının ardından kaygıları tekrarladı.

14.11.2011 tarihindeki başvurusu sırasında zaman zaman göğüs ağrısı, kalp çarpıntısı, karın ağrısı gibi fiziksel belirtiler yaşıyor, bu belirtiler nedeniyle kendisinde kalp hastalığı ya da kanser gibi ciddi bir fiziksel hastalığın olabileceğini düşünüyordu. Ne zaman bu belirtileri yaşasa hemen hastaneye başvuruyor, doktorun önerdiği laboratuvar incelemelerinin sonuçları çıkıncaya kadar yoğun korku yaşıyordu. Sonuçlar çıkınca ve anormal bir bulgu olmadığını görünce rahatlıyor, ancak bu rahatlık sadece bir diğer fiziksel belirtinin ortaya çıkmasına kadar devam ediyordu. Sağlık kaygılarının yanında çeşitli durumlarda başına kötü olayların gelebileceğine ilişkin korkular yaşıyordu. Örneğin uçağa binse uçağın düşeceği ile ilgili korku yaşıyor, bu korku uçakta bulunduğu süreyi sıkıntı ile geçirmesine yol açıyordu. Kendini gergin, mutsuz ve karamsar hissediyor ve eskisinden çok daha kolay sinirleniyordu.

Özgeçmiş

Hasta, Türkiye'nin küçük bir ilçesinde, sosyokültürel düzeyi düşük-orta düzeyde olan geleneksel bir Türk ailesinin çocuğu olarak yetişmiştir. Kırk sekiz yaşında ilkokul mezunu esnaf baba ile 44 yaşında ilkokul mezunu ev hanımı annenin iki erkek çocuğundan büyüğü olarak dünyaya geldi. Erkek kardeşi kendisinden dört yaş küçüktü ve üç yıl önce Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) tanısı almıştı. Babasını sakın, anlayışlı biri olarak tanımlarken, annesini, titiz, kaygılı, sinirli biri olarak tanımlıyor ve küçükken olumsuz bir davranışında annesinin kendisine fiziksel şiddet uyguladığını belirtiyordu.

Hasta ilkokul ve ortaokul boyunca ders başarısı üst seviyelerde olan bir öğrenciydi. İlkokulda diğer çocuklar tarafından çok ezildiğini belirtiyordu. Çocukluğunda akrabalarının kendine "koca kafalı" dediklerini, boyu ve kilosu ile ilgili eleştirilerde bulduklarını hatırlıyordu. Ortaokuldan sonra kız lisesine başladı. Okuldaki 150 öğrencinin içindeki 4 erkekten biriydi. Lise hayatı boyunca arkadaş ilişkileri mesafeliydi ve derslerine odaklandı. On yedi yaşında İstanbul'da bir üniversiteyi kazanıp evden ayrıldı, üniversite hayatı boyunca da arkadaş ilişkileri sınırlı kaldı. Üniversiteyi bitirdikten sonra Ankara'da bir devlet kurumunda işe başladı. İşyerinde kendisine yakın bulduğu birkaç erkek arkadaşı vardı ve iş dışında da onlarla vakit geçiriyordu. Son aylarda evlenme niyeti ile iki kadınla görüşmüş, bu ilişkilerden birisini kendisi sonlandırmış, diğerini ise karşı taraf devam ettirmemişti.

Hastanın bilinen bir fiziksel hastalık, kaza ya da operasyon öyküsü yoktu. Yirmi yaşındaki erkek kardeşinin FMF hastalığı dışında ailesinde ya da yakın akrabalarında fiziksel hastalık öyküsü yoktu. İki teyzesi antidepresan ilaç kullanıyordu ancak psikiyatrik tanıları hakkında bilgi alınmadı.

Ruhsal durum muayenesinde; bilinç ve yönelim bozukluğu yoktu. Kooperasyon tamdı. Dikkatini görüşme boyunca sürdürabiliyordu. Duygudurumu kaygılı, gergin ve hafif çökkündü. Duygulanımı düşünce içeriği, ortam ve duygudurumu ile uyumlu idi. Konuşma kendiliğinden ve amaca yönelik idi. Yakınmalarını ve öyküsünü ayrıntılı anlatma eğilimindeydi. Düşünce içeriğinde sağlık ve diğer konularla ilgili endişeler vardı. Algı ve bellek sorunu yoktu. Soyut düşünme yetisi tamdı. Yargılama bozukluğu yoktu. Anksiyetenin psikomotor bulguları vardı.

Laboratuvar incelemelerinde; kan sayımı, kan biyokimyası, idrar mikroskobisi, tüm abdomen ultrasonografisi ve elektrokardiyografisinde anormal bulgu yoktu. Psikolojik testlerinde; 14.11.2011'de Beck

Anksiyete Ölçeği (BAÖ): 28, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): 18 puan idi. Hasta DSM-IV-TR'ye göre eksen 1'de YAB ve hipokondriazis, eksen 2'de çekingen kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılıyordu.

Klinik İzlem ve Tedavi

Hasta ayaktan tedavi sürecine alındı. Daha önce kullanıp yarar gördüğü paroksetin 10 mg/gün dozunda başlanarak bir hafta sonra dozu 20 mg/gün'e yükseltildi. Hastanın entellektüel düzeyinin yüksekliği, bilişlerini kendiliğinden dile getiriyor olması açılarından bilişsel davranışçı terapiye (BDT) uygun olduğu düşünüldü. Hastanın da onayı alınarak psikoterapi görüşmelerine başlandı.

Terapi süreci

Değerlendirme görüşmesinden sonraki görüşmede (ilk seans) olgu formülasyonu hasta ile paylaşıldı. Olgu formülasyonu terapi süresince gözden geçirildi.

Hastanın 7 yıl önce amcasının ani operasyonu sağlık ile ilgili kaygılarını tetiklemişti. Hastanın vücut belirtilerini izlemesi, bu belirtileri daha çok fark etmesine yol açmakta, internetten sağlık haberlerini takip etmesi hastalık düşüncesinin sürmesine yol açmaktadır. Hastalığı olup olmadığını anlamak için hastanelere başvurması, doktorun istediği tetkikleri sonuçlanana kadar birkaç gün bekleyecek olması ve bu süreçteki belirsizlik kaygılarını arttırmaktadır. Her tetkikten sonra sonuçların normal çıkması kendisini rahatlatmakta, ancak bir sonraki sefer yaşadığı başka bir belirtiyi yeni başlayan bir hastalığın habercisi olarak görmesinin ve kaygılanmasının önüne geçememektedir. Üç yıl önce psikiyatri başvurusunda başlanan ve 2,5 yıl düzenli olarak kullandığı paroksetin kaygılarını yatıştırmıştı. Ancak 5 ay önce kullanmakta olduğu paroksetini kısa sürede kesmesinin ardından kaygı düzeyinde artış ve buna bağlı yaşadığı fiziksel belirtiler (çarpıntı, göğüs ağrısı) "hastalığım var" düşüncesini arttırmıştı. Bu düşünceye bağlı olarak hissettiği kaygı, belirtilerin daha da şiddetlenmesine ve hastalığa sahip olduğu düşüncesini güçlenmesine yol açmaktaydı.

Hastanın annesinin otoriter ve baskıcı tutumları, mükemmeliyetçilik, kontrolü elden bırakmama ve netlik arama özelliklerine zemin hazırlamıştı. Bu durum ne zaman bir belirsizlikle karşılaşsa (depresyon olasılığı, hastalanma olasılığı) yoğun kaygı yaşamasına neden oluyordu. Çocukken olumsuz bir davranışında annesinin şiddeti ile karşılaşması ve akrabalarının fiziksel özellikleri ile ilgili olumsuz nitelendirmeleri "kusurluyum" ve "sevilmiyorum" biçimindeki inançlarının temelini oluşturuyordu. Büyük çocuk oluşu ve erkek kardeşinin hastalığı, ailesinden daha az ilgi gör-

mesine yol açarak olumsuz inançlarını pekiştirmişti. Bu inançları onun sosyal ortamlardan geri çekilmesine ve olumlu geri bildirimlerden yoksun kalmasına neden oluyordu. Son zamanlarda tanıştığı birkaç kızdan ayrılması da olumsuz inançlarını aktifleştirmişti. Sayılı ve kuralları şunlardı: "Mükemmel olur ve sorun çıkarmazsam sevilirim." "Her zaman kontrollü olmalıyım". Telif edici davranışsal stratejileri ise yakın ilişkilerden kaçınmak, mükemmel olmaya çalışmak ve sürekli güvence aramaktı.

İlk seansta olgu formülasyonunun ardından hasta ile birlikte sorun listesi yapıldı. Hastanın sorunları sıkıntı veren fiziksel belirtiler yaşaması, fiziksel belirtileri kalp hastalığı ya da kanser gibi ciddi bir fiziksel hastalığın işareti olarak görmesi, yoğun sağlık kaygısı, kaygılarını gidermek için sık hastane başvuruları, sağlık ile ilgili konularla aşırı ilgilenmesi (internete sağlık konularını araştırması gibi), kötü şeylerle karşılaşabileceğine ilişkin korkular, çökkün ve karamsar duygudurum, karşı cinsle uygun bir ilişki geliştirememesi, evlilik konusunda gelecek kaygısı, kendisi ile ilgili olumsuz değerlendirmeleri (kusurlu olma, sevilmemesi) olarak listelendi. Terapi hedefleri; gereksiz doktor başvuruları, sağlık haberlerini takip etme gibi işlevsiz davranışların giderilmesi, olumsuz ve çarpık düşüncelerin değiştirilmesi, karşı cinsle sağlıklı ilişkiler geliştirmek ve kendisi ile ilgili olumsuz inançlarını değiştirmek olarak belirlendi.

İlk seansta formülasyon ve sorun listesini belirlemenin ardından bilişsel model ve BDT hakkında psikoeğitim yapıldı. Burada hastanın modeli daha iyi kavrayıp benimsemesi açısından yaşadığı bir sorun üzerinden gidilmesi uygun görüldü. Hasta ilk seanstan önceki hafta uçakla yurt dışına gidip gelmişti ve yolculuğa gideceği haberi aldığından itibaren uçak düşecek ve öleceğim düşüncesi ile kaygılanmış, yolculukta bu kaygıları devam etmiş, karın ağrısı, iştahsızlık başlamış ve hastalanacağı, dil bilmiyorum, buralarda kalacağım şeklinde endişeler yaşamıştı.

T (Terapist): Geçen hafta yurt dışına gitmek için uçak yolculuğu yapacağınızı öğrendiniz ve korku hissettiniz. Uçağa binecek olmak mı size korku hissettirdi?

H (Hasta): Evet. Uçağa bineceğim ve uçak düşecek.

T: Peki uçağa binecek olan herkes bu korkuyu yaşıyor mu?

H: Hayır yaşamıyor, ben de daha önce yaşamamıştım.

T: Başka bir insan, mesela sizinle birlikte uçağa binen arkadaşınız var mıydı?

- H:** Evet bir arkadaşım ile birlikte gittim.
- T:** O arkadaşınız sizin gibi korkuyor muydu?
- H:** Hayır korkmuyordu.
- T:** Peki uçağa binecek olmak korku yaşamaya yol açan bir durumsa, arkadaşınız nasıl oldu da korkmadı?
- H:** İşte bu bende bir sorun olduğunu gösteriyor.
- T:** Yani bir durum korkuya yol açan bir durumsa eğer, bu durumun herkeste korku uyandırması gerekmez mi? Ama bu durumda siz korku hissetirken arkadaşınız hissetmiyor. Burada size korku hissettiren şey ne olabilir?
- H:** Küçükken aşırı korkutulmuş olmam olabilir.
- T:** Evet. Geçmişte yaşadıklarınız korkularınıza zemin hazırlamış olabilir. Peki uçağa binme durumunda korkmanıza yol açan şey ne?
- H:** ...
- T:** Şöyle sorayım. Arkadaşınızın uçağa binme durumunda zihninden geçenler neler olabilir?
- H:** Büyük ihtimalle işi düşünüyordur. Toplantıda neler konuşmalıyım, neler sormalıyım diye düşünmüş olabilir.
- T:** Peki uçak düşecek ve öleceğim diye düşünmüş olabilir mi?
- H:** Hiç zannetmiyorum.
- T:** Eğer bunlar geçmiş olsaydı zihninden o da korkar mıydı?
- H:** Evet korkardı.
- T:** Peki siz de o durumda arkadaşınız gibi işi düşünmüş olsaydınız yine korkar mıydınız?
- H:** Hayır korkmazdım.
- T:** O zaman korkuya yol açan şey ne oluyor?
- H:** Düşüncelerim.
- T:** Evet. Uçağa binecek olmak değil sizi korkutan şey. Çünkü arkadaşınız da uçağa binecek fakat korkmuyor. Neden? Çünkü onun zihninden bambaşka düşünceler geçiyor. O halde olayların kendisi değil, olaylar hakkında bizim yorumlarımız ve değerlendirmelerimiz duygularımızı belirliyor. İşte bilişsel modele göre ruhsal sorunlar bu düşüncelerden kaynaklanıyor ve terapide de bu düşüncelere yönelik müdahalelerde bulunmak gerekiyor. Size sıkıntı yaşatan bu düşünceler değişirse eğer, yaşadığınız sıkıntı da değişecektir.
- H:** Hocam anlıyorum ama bu düşünceler kafama takılıyor ve gitmiyor.
- T:** Evet çünkü bu düşünceler şu anda size çok gerçekçi geliyor ve bunlara inanıyorsunuz; ama terapide bu düşüncelerinizi ele alacak ve bunların yerini alabilecek daha gerçekçi düşüncelere ulaşmayı öğreneceksiniz ve bu da siz de rahatlatma sağlayacak.
- H:** İnşallah.
- T:** Bir de terapinin davranışçı kısmı var. Şimdi geçen hafta uçağa binmeden önce uçağın düşeceğine ilişkin korkunuz vardı. Sonra bindiniz ve ne oldu?
- H:** Bir şey olmadı, uçağa bindim ve düşmedi. Boşu boşuna korkmuşum.
- T:** Peki şu anda korkunuz ne durumda.
- H:** Hala korkuyorum. Çünkü yurt dışından İstanbul'a geldim ve bir bahane bulup Ankara'ya otobüsle döndüm.
- T:** Peki korkunuz aynı düzeyde mi?
- H:** Sanki o kadar fazla değil. Üç kere bindim ve bir şey olmadı.
- T:** Yani üç kere binmiş olmanız ve bir şey olmaması korkunuzu azalttı?
- H:** Evet azalttı.
- T:** Diyelim ki korkuyorsunuz ve uçağa binmiyorsunuz. O zaman bu korkunuz geçer mi?
- H:** Hayır, daha da artar.
- T:** Neden?
- H:** Çünkü kaçtıkça daha çok artar.
- T:** Demek ki insan korktuğu durumdan kaçındıkça, korku değişmiyor, tam tersi artıyor. Ama korktuğunuz durumun üzerine gittikçe korkunuz giderek azalıyor. İşte terapinin davranışçı kısmında sizin bu davranışlarınıza bakıyoruz ve korkularınızın sürmesine yol açan kaçınma davranışlarınızı bulup onlarla yüzleşmenizi sağlayarak korkunuzda azalma sağlamaya çalışıyoruz. Bu davranışçı kısım da sizin için anlaşılır mı?
- H:** Çok anlaşılır, mantığıma oturuyor. Ama benim ve mantığım ve duygularım pek alakalı değil.
- T:** Bu terapi ile ilk kez karşılaşıyorsunuz ve şimdiye kadar duygularınızın da etkisi ile düşünceleriniz katılmış durumda. Ama belki de terapi ile düşüncelerinizde bir sarsılma meydana gelecek ve korkularınızla azalma olacak. Bu görüşme ile ilgili olarak sıkıntı yaşadığınızı durumlarda o anda zihninizden geçen düşünceleri not almanızı ve bir sonraki görüşmeye bu notları getirmenizi istiyorum.

2. ve 3. seanslarda hastanın sağlık kaygısı ele alındı. Burada öncelikli olarak anksiyete-korku duygusu arasındaki benzerlikler konuşularak korkunun normalizasyonu yapıldı. Otonom sinir sistemi hakkında psikoeğitim yapılarak anksiyete ve fiziksel belirtiler arasında bağlantı kuruldu. Bu sayede hastanın yaşadığı fiziksel belirtileri ciddi bir hastalığa bağlamak yerine anksiyete ile ilişki kurmasının sağlanması hedeflendi. Sonrasında hastanın sağlık kaygısı ile ilgili güvence arama davranışları (doktor başvuruları, tetkik yaptırma) ele alındı ve bu davranışları engellemesi önerildi.

T: Son zamanlarda kalp çarpıntınız oluyor ve aklınıza kalp hastasıyım, öleceğim düşünceleri geliyor, kaygı hissediyorsunuz. Doktora gidip tetkik yaptırıyor ve sonuçların iyi olduğunu görünce rahatlıyorsunuz. Sonra ne oluyor?

H: O an için rahatlıyorum. Ama aynı şikayetler olunca aklıma tekrar hastalık geliyor ve yine doktora gitmeyi istiyorum.

T: Yani rahatlamak için uyguladığınız yöntem sizin için çok da rahatlatıcı olmuyor. Bu yönteme devam ettiğinizi sürece bu böyle sürüp gidecek gibi görünüyor.

H: Hiç mantıklı gelmiyor, ama engel olamıyorum rahatlamam için mutlaka muayene olmam lazım gibi geliyor.

T: Evet. Şimdiye kadar kullandığınız tek rahatlama aracı bu olmuş ve zihniniz ancak bu şekilde rahatlayabildiğinizi öğrenmiş. Bu yönteme devam ettiğiniz sürece başka şekilde de rahatlayabileceğinizi görebilir misiniz?

H: Hayır.

T: Peki buna engel olursanız acaba ne olur?

H: Bir şey olmaz. Biraz düşünürüm, sıkıntı yaşarım sonra başka şeylerle ilgilenince geçer herhalde.

T: Tam olarak da bizim beklediğimiz bu. Sıkıntı yaşadığınız zaman doktora gitme düşüncesine engel olduğunuzda biraz daha sıkıntınız devam eder, ancak biliyoruz ki her duygunun bir ömrü var ve bu sıkıntı da bir süre sonra geçecek. Siz de doktora gitmeden de rahatlayabildiğinizi görmüş olacaksınız. Peki bunu bu şekilde gördüğünüzde diyelim ki tekrar karnınız ağrıdı, hissettiğiniz korkunun derecesi aynı mı olur?

H: Olmaz, azalır. Doktora gitmemem lazım.

T: Aynen öyle. Terapide buna tepki engelleme diyoruz. Şimdiye kadar doktora gitme davranışınızla ancak bu şekilde rahatlayabildiğinizi zihniniz öğrettiniz. Şimdi ise bunun tersini ona öğreteceksiniz.

Hasta tepki engellenmenin rasyonelini anladıktan sonra bunu uygulamaya başladı ve doktora gitme davranışına engel oldu. Bu onun kaygılarında belirgin azalma sağlasa da fiziksel belirtiler ortaya çıktıkça sağlığı ile ilgili endişeleri devam ediyordu. Bundan sonra sağlık kaygısı ile bağlantılı otomatik düşünceleri bulundu ve kanıt inceleme, çifte standart, yarar-zarar inceleme, düşünce ile gerçekliği ayırma gibi bilişsel teknikler uygulanarak alternatif düşüncelere ulaşılmaya çalışıldı.

T: Zaman zaman karın ağrısı oluyor ve hemen kanser oldum diye düşünüyorsunuz. Doktora gitmeye oluyorsunuz fakat kaygı hissetmeye devam ediyorsunuz. Şimdi bu kanser oldum düşüncesini ele alalım. Kanser olduğunuzu gösteren neler var?

H: Bir tek karın ağrım var. Arada midem bulanıyor ve iştahım kesiliyor.

T: Bunlar kanser olduğunuzu gösterir mi?

H: Hayır göstermez. Size başvurmadan önce de bunlar olmuştu. Tüm incelemeler yapıldı, bir şey çıkmadı.

T: Peki kanser olmadığınızı gösteren neler var?

H: Şimdiye kadar çıkmadı. Şimdi de olmaz herhalde.

T: Bir arkadaşınız sizin gibi bu belirtilerin aynısını yaşasa ve kanser olduğunu düşündüğünü söylese, ona ne söylersiniz?

H: Kanser değilim derim. Bak şimdiye kadar çıkmadı. Rahat ol derim.

T: Ama aynı durumu siz yaşayınca bunu kendinizi söylemiyorsunuz.

H: Kanser değilim ama olabilirim.

T: O zaman bunun olasılığına bakarım. Bundan sonra kanser olma ihtimaliniz ne?

H: Şu an kanser değilim. Ailemde de kanser olan şu ana kadar yok. O zaman olmam herhalde.

T: Olma ihtimali hiç mi yok?

H: Hiç değil. Ama çok yüksek değil.

T: Başka insanlara göre nasıl diyebilirsiniz?

H: Herkes kadar. Herkesin ileride kanser olma ihtimali vardır.

T: O halde sizin kanser olma ihtimaliniz diğer insanlardan daha yüksek değil. Ama diğer insanlar sürekli bunu düşünmezken siz bunu düşünüyorsunuz.

H: Evet.

T: Şimdi sizinle bir deney yapalım. Şu anda 13:50. Bu dakikada burada şiddetli bir deprem olma olasılığı var mı?

H: Evet var.

T: Peki deprem olursa ne olur?

H: Burası yıkılır, altında kalabiliriz.

T: Bu olasılık var, ama biz burada oturmaya devam ediyoruz.

H: Evet hiç deprem olacağını düşünmemiştim.

T: Eğer deprem olacak diye biz dışarıya kaçsak buraya hiç girmesek ne olur?

H: O zaman bir şey yapamayız. Hayat sürmez.

T: Şu anda saat 13.52 ve deprem olmadı. İki dakika önce deprem olup olmayacağını bilmiyorduk ama bu olasılık vardı. Ama şimdi kesin söyleyebiliyoruz ki 13:50’de deprem olmadı. Biz deprem olma olasılığına göre yaşasaydık gerçeği kaçırmış olacaktık. Deprem sürekli oluyor mu? Mesela son bir ayda burada bir deprem oldu mu?

H: Olmadı.

T: O zaman deprem sürekli başımıza gelen bir olay değil. Olmama olasılığı daha yüksek. Bu yüzden biz olma olasılığını yok sayarak yaşamaya devam ediyoruz. Bu örnek sizin durumunuza benziyor mu?

H: Evet. Kanser olabilirim ama sürekli buna göre yaşamam saçma olur.

T: Bu görüşmenin başında kanser oldu ve öleceğim diye düşünüyordunuz. Şimdi bu durumla ilgili ne söyleyebilirsiniz?

H: Şu an için kanser olmadığını biliyorum. Kanser olma riskim de diğer insanlar kadar. Kanser olabilirim düşüncesine göre yaşamamanın bir anlamı yok.

Hastanın 3. seanstan sonra sağlık kaygıları belirgin şekilde azaldı. Bu süreçte hastane başvurularına tamamen engel olabildi. Sağlık kaygılarının azalması ile birlikte yaşam ile ilgili diğer kaygıları belirginleşmeye başladı. Son zamanlarda evlilik niyeti ile tanıştığı birkaç kız ile ilişkisinin olumsuz sonuçlanması, “kimse beni beğenmeyecek”, “asla evlenemeyeceğim” şeklinde otomatik düşüncelere yol açmıştı. Bu durum “beğenilmiyorum”, “yetersizim”, “çirkinim” şeklinde olumsuz inançlarının aktifleştirdi. Diğer sosyal ilişkilerinde de hastanın kendi davranışlarını olumsuz değerlendirmesi ve güven eksikliği vardı. 4-11. seanslarda hastanın bu sosyal ilişkilerinde yaşadığı sorunlarla tetiklenen otomatik düşünceleri ele alındı. Ayrıca bu görüşmelerde olumsuz temel inanç-

ları da aynen otomatik düşüncelerde olduğu gibi kanıt inceleme, yarar-zarar inceleme gibi teknikler ile ele alındı.

T: Son zamanlarda çok kötü bir evlilik yapacağım ya da hiç evlenemeyeceğim şeklinde düşünceler geliyor ve bunlar senin karamsar hissetmene yol açıyor. Kötü bir evlilikten kastın ne?

H: Daha önce başka ilişkileri olmuş biri ile evlenirim gibi geliyor. Mutlu olamam gibi geliyor.

T: Bunun böyle olacağını nereden biliyorsun?

H: Çünkü daha önce hiç olumlu giden bir ilişkim olmadı. Mesela ortaokulda bir kız sevliyordum. Ben sınıfın en iyilerindendim ama o gitti bizim sınıftan en kötü biriyle çıktı, sonra bana hakaret etti. Yani hep sorunlu birilerini buluyorum.

T: Peki şimdiye kadar böyle kaç ilişkin oldu?

H: Bir tane. Başka yok. Lise ve üniversite hiç olmadı zaten.

T: Yani şimdiye kadar bir tane sorunlu bir ilişkin oldu. Demek ki bundan sonra da ilişkilerin hep sorunlu olacak öyle mi?

H: Bana sanki öyle geliyor.

T: Peki gerçekte bu böyle mi olacak?

H: Büyük ihtimalle olmayacak, ama bana öyle geliyor.

T: Olumsuzu karşı bir beklenti içindesin.

H: Evet.

T: Sürekli olumsuzu bekliyor olmak onunla her an karşılaşacağın anlamına geliyor mu?

H: Korkuyorum.

T: Sen olumsuz bir durumla karşılaşmak istemiyorsun, ama olacak diye de inanıyorsun. Bu şekilde düşünüyor olman gerçekte de olacağını gösterir mi? Düşünce ile gerçek bir midir?

H: Tabi ki değil.

T: Diyelim ki ben bugün kar yağacağını düşünüyorum. Ben böyle düşünüyorum diye kar yağar mı?

H: Hayır yağmaz tabi ki.

T: O halde olaylar biz düşündüğümüz için gerçekleşmiyor, olacağı için gerçekleşir. Düşünce ile gerçek bir değil. Senin “Ben kötü bir evlilik yapacağım” diye düşünüyor olman bunun gerçekleşeceği anlamına gelmez. Çünkü belki de iyi bir evlilik yapacaksın.

H: Belki de öyle.

T: Peki bu düşüncenin sana bir yararı, katkısı var mı?

H: Hayır. Günlerim kötü geçiyor. İş yaparken aklıma geliyor. Başka şeyle uğraşamıyorum. Çok mutsuz hissettiriyor.

T: Yani gelecekte olacağını düşündüğün olumsuz bir durumla ilgili bunun gerçekleşip gerçekleşmediğini bilmeden sıkıntı yaşıyorsun. Yani sana duygusal anlamda katkısı yok. Tam tersini düşünüyor olsaydın, yani “ben iyi bir evlilik yapabilirim” diye.

H: En azından günlerim güzel geçer.

T: Duygusal olarak daha iyi hissedersin yani.

H: Kesinlikle.

T: Peki iki durumun gerçekleşme olasılığına bakarsan, hangisi daha olası geliyor sana?

H: %10, aşırı iyi olur, %80 normal olur, %10 aşırı kötü olur.

T: Bunu diyebiliyorsun, ama baktığımızda %10'luk olasılığa göre yaşıyorsun. Demek ki %90'lık kısmı görmezden geliyorsun.

H: Evet.

T: O halde yüksek olasılığı ön planda tutman daha uygun olabilir. Gelecekte nasıl bir evlilik yapacağımızı bilemeyiz, sadece tahminde bulunabiliriz. Ama olasılıklara baktığımızda aslında iyi bir evlilik yapma olasılığının daha yüksek olduğunu söyleyebiliyorsun.

H: Evet.

T: Peki senin kötü bir evlilik yapma olasılığın diğer insanlara göre daha mı yüksek?

H: Aslında onlar kadar, ama ben o kötü ihtimali aklımdan çıkaramıyorum.

T: Peki hiç şimdiye kadar sana “sen kötü bir evlilik yapacaksın” diyen oldu mu?

H: Hayır olmadı.

T: Demek ki bu senin kişisel bir değerlendirmen. Yani herkesin ortak karara vardığı bir yorum değil. Üstelik bu şekilde düşünüyor olman sana yarar sağlamadığı gibi sadece sıkıntı yaşamana yol açıyor.

H: Evet. Sanki kendimi Allah'a karşı acındırmak, ya da acıdan zevk almak gibi bir şey oluyor. Bazen üzülmediğim zaman niye üzülmedim diye kendime soruyorum.

T: Üzülmem gerekir diye düşünüyorsun.

H: Evet. Mesela hastalık hastalığı dönemimde hastalığı unuttum zamanlar “ben niye hastalığı unuttum” diyordum. Sanki orada takılı kalıyorum, atlatamıyorum.

T: Yani muhakkak üzüleceğim bir şey olmalı diye düşünüyorsun. Üzülmenin bir avantajı var mı peki? Bir şeyin gerekli olması sana sağladığı faydadan dolayıdır. Üzülme sana bir yarar sağlıyor mu?

H: Hayır sağlamıyor.

T: Üzülmezsen ne olur?

H: Muhtemelen daha iyi olur. Bir kere mutlu olurum, bir de iyi beklentilerim olduğu için bence iyi şeyler olur.

T: O zaman üzülmen iyi bir şey değil.

H: Değil. Ama önceden daha çok olurdu. İçimdeki bir ses sürekli niye üzülüyorsun diyordu. Ama şimdi daha iyiyim. Hatta arkadaşlarım da iyi olduğumu söylüyor.

T: Demek ki bazen bu düşünceler gelebiliyor. Başka bir arkadaşın için de “muhakkak bir şeye üzülmeli gerekir” der misin? Neşeli olmasını yadırgar mısın?

H: Yadırgamam tabii ki.

T: Demek ki başkası hakkında sürekli üzülme diye düşünmüyorsun. Kendine dışarıda baksan nasıl olur?

H: Evet. Daha iyi olur.

T: Bu kendine olumsuz anlamda yanlış davrandığını gösteriyor. Demek ki kendine başkasının gözü ile bakman gerekiyor.

H: Evet.

Hasta takiplerinde kaygı yaşadığı durumlarda otomatik düşüncelerini fark edip yerlerine gerçekçi düşünceler getirmeyi öğrendi. Seanslarda davranışsal deneylerle hastaya belirtilere odaklanmanın daha çok belirti fark etme ile sonuçlanacağı gösterildi. Kaygı oluşturan düşüncelerden kaçınması yerine kendisine günlük endişe zamanı ayırması önerildi (maruz bırakma). Ayrıca seanslarda hastanın, kendisi ile ilgili “çocuksuyum”, “çirkinim” gibi olumsuz değerlendirmeleri ele alındı. Bu kavramlar tanımlanarak ve sahip olduğu özellikler nesnel bir şekilde incelenerek kendini etiketlemeden, daha gerçekçi biçimde değerlendirmesi sağlandı. Hasta ile toplam 16 seans yapıldı, takibinin 22. ayında (27.08.2013) kendisinin de hazır olması göz önünde bulundurularak ilacı kesildi. 09.12.2013 tarihinde yapılan son görüşmede BAÖ:6 ve BDÖ:3 olarak değerlendirildi ve BDT süreci sonlandırıldı.

TARTIŞMA

YAB, iyileşme ve alevlenmelerle giden, kronik seyirli ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir ruhsal bo-

zukluktur. Bu bozuklukta ilaç tedavilerinin etkinliği düşüktür ve tedavi sonlandırıldıktan sonra rahatsızlık yüksek oranlarda tekrarlamaktadır. Son dönemlerde BDT'nin YAB'de hem kısa dönemde hem de uzun vadede etkinliğinin gösterilmesi, hekimlere önemli bir tedavi seçeneği sunmaktadır. Bilişsel davranışçı en çok uygulanan psikoterapi türüdür; bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma, sorun çözme, gevşeme, YAB'de kullanılan BDT teknikleridir (Cuijpers ve ark 2014).

YAB'deki yaygın endişelere benzer şekilde sağlık kaygısında kişi sağlığı ile aşırı ilgilenir ve ciddi bir hastalığı olduğu ya da olacağı olasılığını büyük görür. Vücut duyuları ya da işlevlerindeki değişiklikleri de bu hastalığın habercisi olarak değerlendirir. En yaygın korkular; kanser, kalp krizi, AIDS, inme ya da ruhsal hastalıklar ile ilgilidir. Sağlık kaygılarını olumsuz yaşam olayları (yakın bir akraba ya da arkadaşın ciddi bir hastalığa yakalanması gibi) tetikleyebilir. Güvenlik sağlayıcı davranışlar, diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi sağlık kaygısında da belirgindir. En sık görülen güvenlik sağlayıcı davranışlar; hastalığı hatırlatan durumlardan kaçınma, tekrarlayan hastane başvuruları, güvence sağlayan bilgileri araştırma, düşünceyi baskılama, yediklerine ve diyetine aşırı özen gösterme olabilir. Güvenlik sağlayıcı davranışlar, anksiyete bozukluğunun sürmesinden kısmen sorumludur (Rachman 2012).

Hipokondriazisin tedaviye dirençli ve kronik bir bozukluk olduğu düşüncesi, son yıllarda yapılan çalışmalarla geçerliliğini kaybetmiştir. Hipokondriaziste uygulanan BDT teknikleri; bilişsel yeniden yapılandırma, davranış deneyleri ve maruz bırakmadır (Visser ve Bouman 2001). Warwick ve Salkovskis'in (1990) öne sürdüğü modelde, fiziksel belirtilerin katastrofik yorumlanmasının, bilişsel yeniden yapılandırma ile hedef alınması gerektiği vurgulanmaktadır.

Psikiyatride tanı sistemleri hastalıkları sınıflara ayırır da eşanlı durumlar sıklıkla hekimlerin karşısına çıkabilmekte; eşanı değerlendirme süreci ve uygulanan tedaviyi karmaşıklatabilmektedir. Fakat özellikle psikoterapide eşanlı durumlarda uygun yaklaşımı bilmek olumlu sonuçların alınmasını sağlamaktadır. Bu yazıda sağlık kaygısının eşlik ettiği YAB olgusunun bilişsel davranışçı terapi sürecini paylaşarak böyle durumlarda terapinin nasıl uygulanabileceğini aktarmaya çalıştık. Özellikle YAB ve hipokondriazis gibi kronik ruhsal bozukluklarda ilaç tedavisinin etkinliği sınırlıdır ve tedavi sonlandırıldıktan sonra sıklıkla belirtiler tekrarlamaktadır. Bu bozukluklarda psikoterapinin özellikle de bu alanda etkinliği kanıtlanmış BDT'nin tek başına ya da ilaç

tedavisinin yanında kullanılması, tedavinin etkinliği ni hem kısa hem de uzun dönemde arttıracaktır.

KAYNAKLAR

- Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ (2007) Health anxiety, hypochondriasis and the anxiety disorders. *Behav Ther*, 38: 86-94.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Baldwin DS, Polkinghorn C (2005) Evidence-based pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*, 8: 293-302.
- Bandelow B, Zohar J, Hollander ve ark (2008) WFSBP task force on treatment guidelines for anxiety, obsessive compulsivepost-traumatic stres disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive compulsive and post-traumatic stress disorders first revision. *World J Biol Psychiatry*, 9: 248-312.
- Barrett B, Tyrer P, Tyrer H ve ark (2012) An examination of the factors that influence costs in medical patients with health anxiety. *J Psychosom Res*, 73: 56-62.
- Borkovec TD, Shadick RN, Hopkins M (1991) The nature of normal and pathological worry. *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression*. Editors: RM Rapee, DH Barlow, New York, pp 29-51.
- Brawman-Mintzer O, Lydiard RB (1996) Generalized anxiety disorder: issues in epidemiology. *J Clin Psychiatry*, 57: 3-8.
- Clark DM, Salkovskis PM, Hackman A ve ark (1998) Two psychological treatments for hypochondriasis: A randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 173: 218-25.
- Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole S ve ark (2014) Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *J Clin Psychol*, 34: 130-40.
- Fallon BA, Klein BW, Liebowitz MR (1993) Hypochondriasis: Treatment strategies. *Psychiatr Ann*, 23: 374-81.
- Gelenberg AJ, Lydiard RB, Rudolph R ve ark (2000) Efficacy of venlafaxine extended-release capsules in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder: a 6-month randomized controlled trial. *JAMA*, 283: 3082-8.
- Greeven A, Balkom AJLM, Leeden R ve ark (2009) Cognitive behavioral therapy versus paroxetine in the treatment of hypochondriasis: An 18-month naturalistic follow-up. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 40: 487-96.
- Gropalis M, Bleichhardt G, Witthöft M ve ark (2012) Hypochondriasis, somatoform disorders and anxiety disorders: sociodemographic variables, general psychopathology and naturalistic treatment effects. *J Nerv Ment Dis*, 200: 406-12.
- Langlois F, Ladouceur R (2004) Adaptation of GAD treatment for hypochondriasis. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11: 393-404.
- Lee S, Lama IMH, Kwok KPS ve ark (2014) A community-based epidemiological study of health anxiety and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*, 28: 187-94.

- Mitte K (2005) Meta-analysis of cognitive – behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychol Bull*, 131: 785-95.
- Noyes RJR, Kathol RG, Fisher MM ve ark (1993) The validity of DSM-III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*, 12: 961-70.
- Olatunji BO, Deacon BJ, Abramowitz JS (2009) Is hypochondriasis an anxiety disorder? *Brit J Psychiatry*, 194: 481-2.
- Pollack MH, Zaninelli R, Goddard A ve ark (2001) Paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder: results of a placebo-controlled, flexible dosage trial. *J Clin Psychiatry*, 62: 350-7.
- Rachman S (2012) Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behav Res Ther*, 50: 502-12.
- Rickels K, Schweizer E (1990) The clinical course and long-term management of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 10: 101-10.
- Salkovskis PM, Warwick HMC (2001). Making sense of hypochondriasis: a cognitive theory of health anxiety. In GJG Asmundson, S Taylor, BJ Cox (Eds.), *Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions*. Chichester, NY: Wiley.
- Salkovskis PM, Warwick HMC (1986) Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behav Res Ther*, 24: 597-602.
- Schweizer E (1995) Generalized anxiety disorder: longitudinal course and pharmacologic treatment. *Psychiatr Clin North Am*, 18: 843-57.
- Starcevic J, Fallon S, Uhlenhuth EH ve ark (1994) Generalized anxiety disorder, worries about illness, and hypochondriacal fears and beliefs. *Psychother Psychosom*, 61: 93-9.
- Starcevic V (2001) Clinical features and diagnosis of hypochondriasis. *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. Editors: V Starcevic, DR Lipsitt, Oxford: Oxford University Press; pp. 21-60.
- Sunderland M, Newby JM, Andrews G (2013) Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability, and service use. *Br J Psychiatry*, 202: 56-61.
- Tyrer P, Baldwin D (2006) Generalised anxiety disorder. *Lancet*, 368: 2156-66.
- Visser S, Bouman TK (2001) The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention vs cognitive therapy. *Behav Res Ther*, 39: 423-42.
- Warwick HMC, Clark DM, Cobb AM ve ark (1996) A controlled trial of cognitive-behavioral treatment of hypochondriasis. *Br J Psychiatry*, 169: 189-95.
- Warwick HMC, Salkovskis PM (1990) Hypochondriasis. *Behav Res Ther*, 28: 105-17.

Yazışma adresi/Address for correspondence:

e-mail: nalanunlu79@hotmail.com

Alınma Tarihi : 23.04.2014

Received : 23.04.2014

Kabul Tarihi : 07.07.2014

Accepted : 07.07.2014